

SOSYAL POLİTİKA BOYUTUYLA MADDE BAĞIMLILIĞI

Soner KARATAŞOĞLU*

ÖZ

Madde bağımlılığı, kendine özgü tedavi ve rehabilitasyon uygulamaları ile sağlık bilimleri ve sosyal bilimlerde her zaman farklı bir öneme sahip olmuştur. Toplumlar çağın gereği olarak modern bir hayat tarzı sürerken, modernleşmenin beraberinde taşıdığı bazı sorunlarla da yüzleşmek durumunda kalmıştır. Bu sorunların en önemlilerinden birisi hiç şüphesiz ki madde bağımlılığıdır. Madde bağımlılığı ile mücadele yöntemlerine her geçen gün yenileri eklenirken, diğer bir taraftan da akıl almaz bir hızla artan madde arz ve talebine engel olabilmek için Türkiye’de ve uluslararası sahada çok ciddi bir mücadele yapılmaktadır. Gösterilen bunca gayrete rağmen Türkiye’de ve diğer ülkelerde maddenin zararlı kullanımı ile bağımlı hale gelen milyonlarca insan vardır. Türkiye’de madde bağımlısı bireylerin sayısı her geçen gün hızla artmaktadır.

Anahtar Kelimeler: Madde Bağımlılığı, Sosyal Rehabilitasyon, Sosyal Politikalar.

SUBSTANCE ADDICTION IN TERMS OF SOCIAL POLICY

ABSTRACT

Substance addiction, with its idiosyncratic treatment and rehabilitation practices, always has a distinctive importance in medical and social sciences. Societies, while living a modern life pattern as a need of this era, had to face with some problems that modernization entailed. Undoubtedly, one of the most important of these problems is substance addiction. As new ones are added to methods of struggle with each passing day, on the other hand, a very serious struggle is done in Turkey and international area for preventing the rapidly increasing -in an inconceivable manner- supply and demand of substances. Despite all these efforts in Turkey and other countries, there are millions of people, who have become addictive by using harmful materials. In Turkey, the number of harmful substance addicted individuals is increasing rapidly every day.

Keywords: Substance Addiction, Social Rehabilitation, Social Policies.



* Vali Yardımcısı (Doktora Öğrencisi), sonerkaratasoglu@gmail.com

GİRİŞ

Alkol ve alkol dışı madde kullanımı ve bağımlılığı yüzyılımızın en önemli ve ciddi sorunlarından birisidir. Yasadışı madde üretimi, ticareti, tüketimi ve bununla ilintili problemler, tüm dünyada günden güne artmakta ve kullanıcıların yaş ortalaması düşmektedir.

Madde kullanımı çoğu zaman sadece merak ya da arkadaş özentisi nedeniyle başlamakta, ancak kısa sürede kişi bağımlı hale gelmektedir. İlk başlarda kişiyi gerçeklerden uzaklaştırarak rahatlatır da ilerleyen dönemlerde hem fizyolojik hem de psikolojik yönden oldukça ciddi ve tedavisi uzun ve zorlu bir süreçte tamamlanan problemlere yol açmaktadır. Giderek artan dozlarda madde alımı ise pek çok insanın hayatına mal olmaktadır. Madde ile ilgili problemler sadece bireyin kendi sağlığını değil; genel olarak tüm toplumu etkilemektedir. Trafik kazaları, şiddet ve çeşitli suçlar, okul ve iş hayatları etkilenen bireyler bu problemin toplumsal boyutunu sergiler niteliktedir.

Türkiye’de madde bağımlılığı ve tedavisi konusunda uygulanan klasik yöntem ile çözüm bulmanın imkansızlığı madde bağımlılığının tedavi ve önlenmesinde yeni yaklaşımlar, yeni tedavi ve tedavi sonrası rehabilitasyon hizmetleri ile yeni bir kimlik ve nitelik kazanmak zorundadır. Burada öne çıkan en önemli yaklaşım ise klinik tedavinin tek başına meseleyle yüzleşmenin ötesine geçemeyeceği, klinik tedavi sonrası kişilere alternatif yaşam olanakları gösterecek olan ve yerel yönetimlerce-Sivil Toplum Kuruluşlarınca desteklenen ve her yöreye has o yörenin kendi sosyo-kültürel dinamiklerini içeren sosyal rehabilitasyon mekanları ve o mekanlarda sunulacak aktiviteler ile yaşama olan bağlılığın artırılması mümkün olacaktır. Fakat sosyal rehabilitasyon henüz kavram olarak bile yerleşmediğinden şekillenmiş değildir.

1. MADDE VE MADDE BAĞIMLILIĞI

1.1. Madde

1.1.1. Tanımı

Madde kelimesi, tıbbi endikasyon dışında kullanılan ilaçları ve diğer birçok kimyasal maddeyi tanımlamak için kullanılmaktadır. Alkol, sigara, opioidler,

esrar, halusinojenler (LSD), amfetaminler, solunum yoluyla alınan uçucular (benzen, toluen) bu kapsama giren maddelere örnek olarak verilebilir (Uzun, 2008; Polat, 2004:1-10).

1.1.2. Sınıflandırılması

1.1.2.1. Kokain

Güney Amerika'da yetişen koka bitkisinden elde edilir. Genelde saf haliyle; yani beyaz ve suda eriyebilen bir toz halinde piyasada bulunur. Şeker ve başka maddelerle "kesilerek" %30-50 arasında bir saflıkta satılır. Genellikle burundan ya da sigara şeklinde alınır. Ağızdan alınması durumunda sindirim sistemi tarafından etkisiz hale getirilir. Etkisini arttırmak amacıyla erooin ya da alkolle birlikte kullanılır. MSS'ni (Merkezi Sinir Sistemi) uyarıcı (stimulant) etkiye sahiptir (Polat, 2004:1-10; WHO, 2008; Uzun, 2008).

1.1.2.2. Amfetamin Türü Uyarıcılar (ATU)

ATU'ların iki ana üyesi; amfetamin ve metamfetamindir. Ancak pek çok madde, ATU'lara dahildir: metkatinon, efedrin, psödoefedrin, metilfenidat, ritalin, benzerdin ve MDMA, yani bilinen adıyla "ekstasi" bu gruba dahildir. Ekstasi, halüsinojenik maddelerle karıştırılmış bir amfetamindir. ATU'lar, "Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu" nun tedavisinde kullanıldığı için sıklıkla reçete edilmektedir (WHO, 2008; Polat, 2004:1-10).

ATU'lar, genellikle sigara, hap şeklinde ya da burundan çekilerek alınır. 2006/2007 raporlarına göre dünya üzerindeki toplam ATU kullanıcı sayısı 33.7 milyondur. Bunun 9 milyonunu ekstasi kullanıcıları oluşturmaktadır. Ülkemizde de ekstasi kullanımı, özellikle son yıllarda endişe verici boyutlara ulaşmıştır (WHO, 2008; Polat, 2004:1-10; Drug Report, 2008).

1.1.2.3. Alkol

Genellikle içki yoluyla alınır. Merkezi Sinir Sistemi'ni(MSS) baskılar (depresan etki).

Kısa dönemde rahatlama, denge bozukluğu, bozuk konuşma, dikkat ve hafızada eksiklik, kafa karışıklığı, karar vermede zorluk; uzun dönemde ise, karaciğer ve beyin rahatsızlıkları, kalp kası bozuklukları görülmektedir (Polat, 2004:1-10; Djousse ve Gaziano, 2008).

1.1.2.4. Barbitüratlar

Genellikle ağız yoluyla, hap şeklinde alınır. Enjektörle de kullanılabilir. Tıpta epilepsi tedavisinde ve kaygıyı azaltmak, uyku getirmek amacıyla kullanılmaktadır. Özellikle gelişmiş ülkelerde uyku problemi ve kaygı artış gösterdiği için bu tür ilaçların tüketimi de artmaktadır (Polat, 2004:1-10; WHO, 2008).

Yüksek dozda kullanılması durumunda, dikkat bozukluğu, hatırlamada sorunlar, kabul edilemez cinsel veya saldırgan davranışlar, ruh halinde değişiklik görülür.

1.1.2.5. Benzodiazepinler

Valium, Tranxene, Xanax, Ativan ve Librium en bilinenleridir. Etki mekanizmaları barbitüratlara benzer. Doz aşımı ve zehirlenme gibi durumlarda barbitüratlara göre çok daha güvenlidirler (Polat, 2004:1-10).

1.1.2.6. Opioidler

Eroin, kodein, metadon, morfin ve meperidin bu sınıfa dahildir. Tıbbi olarak ağrı giderici ve rahatlatıcı olarak kullanılmaktadır. Burundan çekerek, sigara şeklinde içerek, damar yoluyla ya da deri altına zerk ederek alınır (Uzun, 2008; Polat, 2004:1-10).

UNDCP raporlarına göre, başta eroin olmak üzere tüm opiatların üretim, kaçakçılık ve kullanımında belirgin bir artış görülmektedir. Dünya Sağlık Örgütü raporlarında, küresel anlamda yaklaşık 13.5 milyon kişinin opiat kullandığı, bunun içinde 9.2. milyon kişinin eroin kullanıcısı olduğu bildirilmektedir (WHO, 2008; Drug Report, 2008).

1.1.2.7. Nikotin

Tütünün kullanıldığı tüm maddelerde bulunmaktadır. Nikotin, hem MSS uyarıcı hem de baskılayıcıdır (Polat, 2004). Dünyada ve ülkemizdeki en yaygın bağımlılık türü nikotin bağımlılığıdır. Yüncü ve arkadaşlarının (2006) yaptıkları çalışmaya göre EGEBAM'a başvuran hastaların %94.4'ünün sigara kullandığı; verilerin AMATEM verileriyle uyumlu olduğu belirlenmiştir. Yine aynı çalışmada, sigara kullanımının diğer maddelerden daha önce başladığı belirlenmiştir. Ergenlik döneminde sigara kullanımının ileriki yaşlarda alkol ve madde kullanım bozukluğuna yakalanma olasılığını arttırdığı, yapılan

çalışmalarla kanıtlanmıştır. Tüm bu veriler ışığında, sigara, maddelere geçişte basamak olarak kabul edilebilir (Ögel ve Erol, 2005; Uzun, 2008; Bursa Sağlık Md., 2002; Toumbourou ve ark, 2007:1391-1401).

1.1.2.8. Kannabinoidler

Esrar ve haşhaş türevleri bu gruba girer. Başlıca etken maddesi tetrahidrokannabinol (THC)'dur. Kannabinoidler, tıbbi tedavi amacıyla da kullanılmaktadır (WHO, 2008; Polat, 2004:1-10; Uzun, 2008).

Dünya üzerinde en çok ekilen, tüketilen ve yasadışı ticareti yapılan madde kannabistir. Dünya Sağlık Örgütü verilerine göre 165.6 milyon insanda kannabis kötüye kullanımı mevcuttur. Bu sayı diğer madde kullanıcılarının toplamının dahi çok üzerindedir (yaklaşık 88.2 milyon) (Drug Report, 2008; Uzun, 2008; Polat, 2004:1-10).

1.1.2.9. Halüsinojenler (Halüsinasyona Yol Açan Maddeler)

LSD, Meskalin, Psilosibin ve türetilmiş amfetaminler (MDMA, MMDA, vb.) bu gruba giren maddelerdendir. Yenerek, emilerek veya sigara şeklinde kullanılmaktadırlar. Halüsinojenler, zaman kavramında bozulma, halüsinasyon, aşırı korku, denge bozukluğu ve çeşitli algı bozukluklarına neden olmaktadır (Polat, 2004:1-10; Uzun, 2008).

1.1.2.10. Uçucu Maddeler

Solunum yoluyla kullanılırlar. Eter, aseton, benzen, vernik, yapıştırıcılar ve tiner (toluen) bu gruba girmektedir (Polat, 2004). Günlük yaşamda ve endüstriyel ortamlarda sıkça kullanılan bu maddelerin kolayca elde edilmesi, yasal ve ucuz olmaları gibi pek çok etken uçucu madde bağımlılığında rol oynamaktadır. Madde kullanmaya başlama yaşının düştüğü bilinen bir gerçektir. Ancak, yapılan çalışmalara göre, uçucu madde kullanımı çok daha erken yaşlarda (7-8 yaş) başlamaktadır. Bazı çalışmalarda, 4-6 yaşlarında uçucu madde kullanan çocuklar tespit edilmiştir (WHO,2008; Evren ve ark,2004; Yüncü ve ark.2006:31-32)

1.2. Maddenin Kötüye Kullanımı(ABUSE) ve Madde Bağımlılığı

Maddenin kötüye kullanımı bir süreçtir. Bu sürecin dört aşaması bulunmaktadır;

1. Deneme,
2. Kontrollü kullanım,
3. Kötüye kullanım ve
4. Bağımlılık (Leifer, 2003).

Deneme, madde kullanımında ilk aşamadır. Özellikle ergenlik döneminde, arkadaş-akran çevresinin madde kullanmaya başlamada etkin rol oynadığı bilinmektedir (Köknel, 1999; Ögel ve Erol, 2005:169-186).

Kontrollü kullanım ve kötüye kullanım arasında “kullanım sıklığı” yönünden belirgin farklılık bulunmaktadır (Leifer, 2003).

Bağımlılık, madde kötüye kullanımının son aşamasıdır. Bağımlılık, iki alt başlıkta ele alınmaktadır

- Fizyolojik bağımlılık,
- Psikolojik bağımlılık.

Fizyolojik bağımlılık; Alınan maddeye karşı direnç (tolerans) gelişmesi nedeniyle maddenin giderek artan dozlarda alınması durumudur. Sinir sisteminin işlevini sürdürebilmesi için maddenin sürekli ve artan dozlarda alınması gerekir. Madde kullanımına ara verilmesi ya da dozun azaltılması durumunda “yoksunluk belirtileri” ortaya çıkar (Ekşi, 1999:187-194; Leifer, 2003; Öz, 2000.82-100; Uzun, 2008).

Psikolojik bağımlılık; Maddeye karşı aşırı istek ve kullanım gereksinimi hissetme durumudur. (Leifer, 2003; Öz, 2000:82-100).

Adölesan (ergenlik çağı) döneminde madde kullanım bozuklukları sıklıkla “zararlı kullanım” ve “kötüye kullanım”dır. Ancak “bağımlılık”, geç adölesan dönemine kadar nadiren görülmektedir (Toumbourou ve ark, 2007:1391-1401).

1.2.1. Rol Oynayan Faktörler (Madde Bağımlılık Etiyolojisi)

Madde kullanmaya başlamada pek çok biyolojik, psikolojik, sosyal ve kültürel faktörün rol oynadığı yapılan çeşitli araştırmalar ve çalışmalarla kanıtlanmıştır (Köknel, 1999; Ögel ve Erol, 2005; Ksir ve Ray, 1996).

Merak, arkadaş çevresi, özentisi, kendini ispat etme, eğlenme, sıkıntılardan uzaklaşma ve rahatlama isteği çocukluk ve erken ergenlik döneminde madde

kullanımını tetikleyici unsurlardandır (Ögel ve Erol, 2005; Türk, 1999; Köknel, 1998; Basut, 2006:31-36).

Ebeveynlerde madde kullanım öyküsünün bulunması, ilgisiz ebeveynler ve aile içi şiddet gibi ailevi unsurların gençleri madde kullanımına ittiği bilinmektedir (EMCDDA, 2007; Köknel, 1998; Türk, 1999).

Maddenin erişilebilirliği, gençlerin maddeyi temin edebilecekleri mekanlara (kulüp, disko, bar, vs.) kolayca girebilmeleri ve bu ortamların yeterli ölçüde denetlenmemesi, toplum içinde alkol, sigara gibi maddelerin kullanımının kabul görmesi, hatta çeşitli davet, kokteyl, parti gibi toplu aktivitelerde teşvik edilmesi, geleneklerden uzak bir yaşam tarzı ve yazılı - görsel basında özendirici yayın ve tanıtımlara yer verilmesi, toplumda madde kullanımını tetikleyici diğer unsurlardandır (Ögel ve Erol, 2002; Zastrow, 1996; Türk, 1999; Ögel ve ark., 2007:18-23; Şenol, 2006).

2. MADDE KULLANIM SORUNU VE MÜCADELE

2.1. Madde Kullanım Sorununun Dünyada ve Türkiye'deki Durumu

Madde; üretim, yasa dışı kaçakçılık ve tüketim boyutlarıyla giderek büyüyen ve tüm insanlığı özellikle çocuk ve gençleri tehdit eden küresel boyutta bir problemdir. UNODC(Birleşmiş Milletler Uyuşturucu ve Suç Ofisi) tarafından hazırlanan Dünya İlaç Raporu'na göre (2008), tüm dünyada yasadışı madde üretimi, kaçakçılığı ve kullanımı hızla artmaktadır. Rapora göre, "15-64 yaş nüfusunun yaklaşık %4,9'u (208 milyon kişi) 1 yıl içinde en az bir kez madde kullanmıştır. Bu yaş grubundaki problemlili madde kullanım oranı %0,6'dır. Uyuşturucu madde üretiminde görülen artış (%43) piyasa fiyatını düşürmektedir. Bu durumun, özellikle gençlerde, madde kullanımını körüklediği düşünülmektedir".

EMCDDA (Avrupa Uyuşturucu ve Uyuşturucu Bağımlılığı İzleme Merkezi) tarafından yapılan açıklamaya göre (2008), Avrupa'da madde kullanım ve buna bağlı suç oranları 2000-2005 yılları arasında belirgin olarak artış göstermiştir. Madde kullanımı ve bağımlılığı, toplumları sosyal, psikolojik ve ekonomik yönden yıkıma uğratan, kullanım yaşı giderek düşen ve tüm dünyada hızla yayılan bir problemdir (Polat,2004:1-10; Drug Report, 2008; Toumbourou ve ark,2007:1391-1401).

2.2. Madde Kullanım Sorununun Sosyal Boyutu ve Mücadele Yolları

Madde kullanımı, özellikle gençler arasında hızla yayılmakta, hem bireysel hem de toplumsal bağlamda çok ciddi; bazen geri dönüşü de mümkün olmayan zararlara yol açmaktadır (EMCDDA,2007; WHO,2008; Polat, 2004:1-10).

Çocuklarda ve ergenlerde madde ve alkol kullanımı, davranış, vücut ve bu dönemlerde beyin gelişimi henüz tamamlanmadığı için beyin gelişimlerini olumsuz yönde etkilemektedir. Madde kullanımı; çocuk ve ergenlerin okul başarılarını etkilemekte, sosyal yönden en aktif olmaları gereken çağda, arkadaşlarından, ailelerinden ve zevk aldıkları tüm faaliyetlerden uzaklaşmalarına neden olmaktadır (Toumbourou ve ark, 2007:1391-1401; Suçin, 2008).

Alkol ve uyuşturucu ilaç kullanımı pek çok ülkede trafik kazalarına neden olmakta, çok sayıda insan yaralanmakta ya da hayatını kaybetmektedir. Gelişmiş ülkelerde 15-29 yaş arası erkek ölümlerinin % 31.5'i, sadece zararlı alkol kullanımı sonucu meydana gelmektedir (Toumbourou ve ark, 2007:1391-1401).

Yine aynı nedenle çok sayıda intihar, cinayet, zehirlenme, yaralanma vakaları görülmektedir. Madde kullanımı aile içi şiddete yol açmakta, bu nedenle çok sayıda aile dağılmaktadır. Maddenin etkisi altındayken suç işleme potansiyeli artan birey, hem kendisi hem de içinde bulunduğu toplum için tehdit oluşturmaktadır.

Kullanılan maddelerin; alınan doz, kullanım süresi ve maddenin yan etkilerine bağlı olarak başta beyin, akciğer, kalp, karaciğer, deri gibi pek çok organ ve sisteme zarar verdiği bilinmektedir (Djousse ve Gaziano, 2008; Rubinstein, 2008; Metin ve ark., 2001:61-67; Ray ve Ksir,1996; Westover ve ark, 2007:495-502).

Özellikle enjeksiyon yoluyla madde kullananlarda, enjektör paylaşımı nedeniyle, kan yoluyla bulaşan enfeksiyon hastalıkları (AIDS, Hepatit C vb.) hızla yayılmaktadır.(Toumbourou ve ark, 2007:1391-1401; Topçuoğlu ve Bez, 2005:89-96).

EMCDDA (2008) verilerine göre Avrupa'da uyuşturucu arz ve talebini azaltmaya yönelik harcamalar, 13-36 milyar euro arasında değişmektedir.

Ayrıca, Avrupa Birliği'nin, üçüncü dünya ülkelerindeki talep ve arzı azaltma tedbirleri için en az 750 milyon euro finansman sağladığı ileri sürülmektedir.

Madde kötüye kullanımı ve bağımlılığı ile mücadele girişimleri dört ayrı başlıkta ele alınabilir;

- Önleme,
- Zarar azaltımı,
- Tedavi,
- Rehabilitasyon.

2.2.1. Önleme

Uzun ve çok aşamalı tedavi süreci için tahsis edilen tam donanımlı merkezler ve uzman kadroya ek olarak, tedavi esnasında kullanılan malzemeler (ilaçlar, tek kullanımlık tıbbi sarf malzemeleri, vb.) nedeniyle, tedavi maliyeti oldukça yüksektir. Hâlbuki çok daha düşük maliyetli girişimlerle madde bağımlılığını önlemek mümkündür. Tüm bu nedenlerle, madde kullanımı ile mücadelede esas olan, önlemektir.

Önleyici girişimlerin ilki riskli grupların belirlenmesidir. Yapılacak girişimleri öncelikli kitleye ulaştırmak, yani sorunun kaynağına inmek; hedefe ulaşmada önemli bir adımdır (Polat,2004:1-10).

Önleyici girişimlerden bir diğeri, eğitimidir. Amaç, belirlenen riskli gruplar başta olmak üzere genel topluma yönelik eğitim programları ve aktiviteler düzenleyerek, toplumsal bir "bilinç" ve "farkındalık" yaratmaktır. Toplum bilgilendirme noktasında, görsel ve yazılı yayın kuruluşlarına da önemli sorumluluklar düşmektedir (Balseven ve ark,2002).

Erken okul yıllarında, çocukların eğitim çevrelerini geliştirmeye ve sosyal dışlanmayı azaltmaya yönelik girişimlerin de, hem madde kullanımını önleme hem de azaltmada etkili olduğu belirlenmiştir. ABD'de yapılan bir çalışmada, erken okul döneminde yapılan etkin girişimlerin sosyal ve sağlık yönünden ülkeye geri dönüşünün öğrenci başına 9837 dolar olduğu bulunmuştur (Toumbourou ve ark, 2007:1391-1401).

Madde kullanımı yönünden riskli ailelerle ev ziyareti yoluyla yapılan görüşmelerin, erken gelişimsel bozukluklara ilişkin risk faktörlerini azalttığı ve

çocuğun gelişimini olumlu yönde etkilediği belirlenmiştir. Çocuğun hayatının ilk onbeş yılında devam eden bu girişimlerin, alkol ve madde kullanımını azalttığı belirlenmiştir. ABD’de yapılan araştırmalarla, bu gibi girişimler için yapılan her bir dolarlık yatırımın, ülkeye 5 dolar olarak geri döndüğü sonucuna ulaşılmıştır (Toumbourou ve ark, 2007:1391-1401).

2.2.2. Zarar Azaltımı

Önleyici girişimlerin madde kullanımı ile mücadelede esas teşkil etmesine karşın, günümüzde özellikle madde kullanımının yaygın görüldüğü pek çok ülkede, “zarar azaltıcı” yaklaşım, alternatif bir çözüm yolu olarak kabul görmektedir (Toumbourou ve ark, 2007:1391-1401).

Bu yaklaşım, pek çok ergenin madde kullanımı ile karşı karşıya geleceğini kabul etmekte ve bunun olası zararlarını azaltmak üzere geliştirilmiş stratejileri sunmaktadır. Örneğin; sigara ve alkol gibi maddelerin vergilendirilmesi ve fiyat kontrolünün özellikle genç bireylerde kullanım ve zararı azaltmada en etkili yol olduğu belirlenmiştir.

Sık sık alkollü araç kullananları trafikten men etme, alkollü içki ve sigara satışı yapan mağazaların sayıca kısıtlanması, satış gün ve saatlerinin kısıtlanması, daha önce intoksikasyona girmiş müşterilere satış yasağı getirme gibi girişimlerin de etkili olduğu bilinmektedir. Pasif içiciliğe ilişkin yasal düzenlemeler de sigara içme ve zarar azaltımı üzerinde oldukça etkilidir. Etkili olduğuna dair sağlam kanıtlar bulunan bir diğer girişim de, yasal olarak alkollü içki alabilme yaşını yükseltmektir. Uçucu maddelerin kokusunu değiştirmeye yönelik çalışmalar da oldukça etkilidir.

2.2.3. Tedavi

Her yıl, milyonlarca kişi madde kullanım bozukluklarının tedavisi için çeşitli merkezlere başvurmakta ya da mahkemeler yoluyla gönderilmektedir ve bu sayı her geçen gün artmaktadır. Uyuşturucu bağımlılığının tedavisinde önemli iki nokta vardır; Bağımlının kendisinin tedavi olmaya ve bağımlılıktan kurtulmaya istekli olması, bağımlılığın erken teşhis edilerek tedaviye başlanmasıdır. Uyuşturucu madde bağımlısı istekli ise tedavi şansı son derece yükselmektedir. Aksi halde zorlamayla kişileri bağımlılıktan kurtarmak mümkün değildir. Bağımlının kalıcı organ hasarları, ağır ruhsal problemler

oluşmadan teşhis edilmesi tedaviyi kolaylaştırmaktadır. Erken teşhis edilemeyen vakalarda tedavi uzamakta ve iyileşme süreci gecikmektedir.

Uyuşturucu madde bağımlılığının tedavisi; Tedavi ve rehabilitasyon olmak üzere iki aşamada gerçekleştirilir. Tedavi aşamasında kişi bağımlı olduğu maddeden uzaklaştırılarak yoksunluk belirtileri ile savaşılar. Vücut organlarında meydana gelmiş hasarlar tedavi edilir. Bu safhada bağımlı hastanede gözlem altında tutulmalıdır. Yoksunluğa bağlı geçirdiği krizler son derece tehlikeli olabilir. Bu yüzden ölüme ve intihar girişimlerine sık rastlanır. Vücuttan toksit madde uzaklaştırılıp yoksunluk belirtileri kaybolduktan sonra ikinci aşamaya geçilir.

Rehabilitasyon aşamasında, kişilerin ruhsal problemleri çözümlenmeye çalışılır. Tekrar iş gücü kazandırılarak çalışabilecek ve topluma yararlı olacak hale getirilir. Sağlığa zararlı bu alışkanlıklar yerine olumlu hobiler kazanması sağlanır. Kötü arkadaş çevresinden uzaklaşmasına ve kendine destek olacak kişilerle bir arada olmasına çalışılır. Sağlığa zararlı alışkanlıklardan korunmak, bu zararlı alışkanlıkların tedavisinden çok daha kolaydır. Tedavi sürecinde ilk aşama “detoksifikasyon”dur. Onu takiben ilaç destekli ve psikososyal (ilaçsız) tedavi yöntemleri birlikte uygulanmaktadır.

2.2.3.1. Detoksifikasyon

Terim olarak, maddeyi (toksin) vücuttan uzaklaştırma girişimidir. Bu işlem, vücudun kendi kendine maddeyi uzaklaştırmasına izin vererek ya da, özellikle hayatı tehdit eden boyuttaysa, dışarıdan müdahale yoluyla gerçekleştirilebilir (mide yıkama, diüretikler verme, vb.) (Ray ve Ksir, 1996).

2.2.3.2. İlaç Destekli Tedavi

Özellikle ayaktan tedavide sıkça başvurulan ve olumlu sonuçlar alınan tedavi yöntemidir. İlaçla tedavi yönteminde üç temel yaklaşım bulunmaktadır;

1. Antagonizm: Bu yöntemde, kötüye kullanılan maddenin etkilerini bloke etmek üzere, maddenin “antagonisti” verilir.

2. Yerine Koyma (Substitution): Madde ile benzer etki gösteren bir ilacın, uzman denetiminde kullanılmasıdır. En sık kullanılanı, nikotin yerine koyma tedavisidir (nikotin bantları, sakızı vb.). Ancak, bu tedavi yönteminde hedef alınan esas grup “yasadışı madde” kullanıcılarıdır ve opiat bağımlılarına öncelik verilmektedir (Ray ve Ksir,1996).

3. Antabuse tedavisi: Alkol bağımlılarının tedavisinde kullanılan bu yöntemde, bağımlı bireye madde kötüye kullanımı önleyici “antabuse” isimli bir ilaç verilmektedir. İlacın etki mekanizması, bireyin alkol aldığı anda rahatsızlanmasına neden olur. Böylelikle birey alkol almamaya zorlanır. İlaç destekli tedavi yöntemleri, genellikle psikososyal tedavi yaklaşımlarıyla birlikte uygulanmaktadır (Ray ve Ksir,1996).

2.2.3.3. Psiko-sosyal (ilaçsız) Tedavi

Psikososyal tedavi, madde kötüye kullanımının etkili ve küresel boyutta yönetimi için yapılan, ilaçsız tüm girişimleri kapsayan genel bir terimdir. Bu tedavide ilaç kullanılmaması, Psikososyal tedavinin hiçbir şekilde ilaç destekli tedavi ile ilişkisi olmadığı anlamına gelmemektedir. Her tedavi yaklaşımı, bir şekilde diğerini desteklemektedir. Özellikle Psikososyal tedavi, ilaç destekli tedaviye uyumu artırarak ve tedaviye devamı sağlayarak ilaç destekli tedaviyi güçlendirmektedir (Malhotra ve ark, 2005:1-13).

Psikososyal tedavinin kısa dönem amacı, ilaç destekli tedaviyi güçlendirmek; uzun dönem amacı ise, maddeden uzak durulmasını sağlamaktır. Bu uzun dönem amacına ulaşabilmek için bireyin “yaşam tarzında değişiklik yapması” ve daha “üretken bir yaşam tarzını benimsemesi gerekmektedir. Bu iki gereklilik, aynı zamanda, Psikososyal tedavinin temel amaçlarından biridir (Malhotra ve ark, 2005:1-13),

Yapılan çalışmalarda, Psikososyal tedavi yöntemleri ile madde kullanımında %40-60 oranında azalma, alkol kullanımında azalma, risk alma ve suça yatkın davranışlarda azalma, istihdam edilmede artış gibi olumlu sonuçlar elde edildiği bildirilmiştir (Malhotra ve ark, 2005.1-13; Ray ve Ksir,1996; Türkcan ve ark, 2001).

Özellikle Psikososyal tedavinin etkinliğinde tedavi süresinin önemli rol oynadığı bilinmekte ve bu sürenin mümkün olduğunca uzun tutulması önerilmektedir(Malhotra ve ark, 2005:1-13; Toumbourou ve ark, 2007:1391-1401; Gruber ve ark, 2008:199-206; Suçin, 2008).

3. MADDE BAĞIMLILIĞIYLA MÜCADELE MERKEZLERİ VE UYGULANAN SOSYAL POLİTİKALAR

3.1. Dünyada Madde Kullanım Problemine Yönelik Sosyal Politikalar

Tüm dünyada ciddi boyutlara ulaşan madde kullanım problemine karşı koruyucu, tedavi edici ve zarar azaltıcı pek çok tedbir alınmaktadır. Alınan bu tedbirler genel bir çerçeveye sahip olsa da problemin boyutu ve kapsamı ülkeden ülkeye değiştiği için; politikalar da ülkelere göre farklılıklar göstermektedir.

3.1.1. AB Ülkelerinde Madde Kullanım Problemine Yönelik Sosyal Politikalar

Avrupa ülkelerinde alkol ve ilaçla ilgili hizmetler, sanayileşmiş ülkelerde psikoaktif maddelerin tüketiminin istenmeyen sonuçlara yol açması nedeniyle, özellikle son 30 yılda güçlü bir şekilde artmıştır. Bu gelişmenin bir diğer nedeni de, probleme yönelik, sosyo-politik ve profesyonel anlayışın değişmesidir. Bağımlılık kavramı, giderek, özel girişimlerle başa çıkılması gereken “kronik bir hastalık” olarak algılanmaya başlamıştır. Bu anlayış değişikliğine bağlı olarak hizmetler de değişim geçirmiştir. Bakım ve tedavinin yanında bugün, önleyici girişimler, ayrıca sosyal yönden çökmüş madde kullanıcıları ve çevrelerine yönelik zarar azaltıcı girişimler ve uzun-dönem bağımlılara barınma ve mesleki eğitim programları sağlayan sosyal re-entegrasyon hizmetleri tüm Avrupa’da yayılmıştır (Final Synthesis Report, 2006).

2006 Yılında yapılan “Avrupa Birliği’nde Toplum Menfaatine Yönelik Sosyal ve Sağlık Hizmetleri Üzerine Bir Çalışma” nın Final Sentez Raporu’nda, madde bağımlıları “risk altındaki grup” olarak ele alınmış; bu gruplara giren bireylerin sosyal dışlanmalarını önleme, zararı azaltma ve problemlerin üstesinden gelmeye yönelik geniş bir hizmet yelpazesinin bulunduğu ve bu hizmetlerin çoğunlukla yerel toplum seviyesinde -özellikle büyük şehirlerde, madde kullanım probleminin daha yaygın olması ve yetki/imkan genişliğine bağlı olarak- organize edildiğine değinilmiştir (Final Synthesis Report, 2006).

Yine aynı çalışmada, 6 Avrupa kentinde yapılan bir araştırmaya yer verilmiş ve bu araştırmadan elde edilen veriler ışığında, Avrupa’da ilaç kullanıcılarının sosyal entegrasyonuna değinilmeye çalışılmıştır. Madde kullanım probleminin

tespiti ile önemli politika değişimleri geçiren ancak, popülasyonları farklı olan Frankfurt (Almanya), Londra (İngiltere), Rotterdam (Hollanda), Stockholm (İsveç), Viyana (Avusturya) ve Varşova (Polonya) çalışma kapsamına alınmıştır. Bu çalışmada, ülkelere göre, durumları “ağır”, “riskli” ya da “problemlili” psikoaktif madde kullanım problemi gibi farklı kelimelerle ifade edilen bireylere yönelik sosyal politikalara ağırlık verildiği tespit edilmiştir. Avrupa Ülkeleri’nde, madde ile ilgili hizmetler, problemin çeşitliliği ile paralel olarak artırılmış ve dallara ayrılmıştır. Bu anlamda, yerel yönetimlerce sunulan hizmetlerin çeşitlendirildiği ve geliştirildiği görülmektedir (Bkz. Tablo-1)

Tablo 1. Madde İle İlgili Hizmetlerin Türleri ve Ulaşılabilirlik Düzeyleri

	Londra	Varşova	Viyana	Stockholm	Rotterdam	Frankfurt
Yönlendirme	++	++	+++	++	Yok	++
Yatılı Tedavi	+++	++	++	+++	+++	++
Ayaktan Tedavi	++	++	+++	++	++	+++
Gün Bakım Prog.	+++	+	++	+	++	Yok
Yerine Koyma Prog.	+++	+	+++	++	+++	++
İş Projeleri	+	+	+	+	++	++
Yoksul Gruplara Tıbbi Yardım Hiz.	+	++	++	+	++	++
Sığınak Barınak Hiz.	+	+	++	++	+++	+++
Şırınga Değişim	+	++	+++	Yok	+++	+++
Madde Tüketim Odaları	(1)	Yok	Yok	(2)	+++	++

Kaynak: Avrupa Birliği’nde Toplum Menfaatine Yönelik Sosyal ve Sağlık Hizmetleri Üzerine Bir Çalışma: Final Sentez Raporu, 2006. (+ : Zayıf ++ : Orta +++ : İleri, (1):Kanuna Aykırı Olduğu için mevcut değil, (2): İzin Yok)

Yerel yönetimlerce sunulan hizmetlerin hem çeşitlilik hem de ulaşılabilirliğinin artırılması ile paralel olarak, ilaç ve bağımlılık hizmetlerine ayrılan yerel yönetim bütçelerinin de artırıldığı görülmüştür (Final Synthesis Report, 2006).

Yine aynı çalışmada, bu 6 şehirde sunulan hizmetlerin diğer hizmet gruplarına entegrasyon seviyeleri incelenmiş; şehirler arasındaki belirgin farklılığa, ülkelerin madde ilintili problemlere karşı sosyo-kültürel bakış açılarının yön verdiği yorumu getirilmiştir (Bkz. Tablo- 2).

Tablo 2. İlaç ve Bağımlılık Hizmetlerinin Diğer Hizmetlerle Entegrasyonu

	Londra	Varşova	Viyana	Stockholm	Rotterdam	Frankfurt
Alkol servisleriyle entegrasyon	+	+	+	+++	+++	+
Sağlık Hizmetleriyle entegrasyon	+	+	++	+++	+	++
Sosyal hizmetlerle entegrasyon	-	+	++	+++	+++	+++
Cezaevleri ile entegrasyon	+	++	++	++	++	++

Kaynak: Avrupa Birliği'nde Toplum Menfaatine Yönelik Sosyal ve Sağlık Hizmetleri Üzerine Bir Çalışma: Final Sentez Raporu, 2006.

+ : Zayıf ++ : Orta +++ : İleri

Görüldüğü gibi Avrupa ülkelerinde ilaç/madde ile ilgili problemlere yönelik çok çeşitli ve kapsamlı hizmet seçenekleri bulunmaktadır ve bu hizmetlerin geneli yerel yönetimlerin yetki ve sorumluluk alanına girmektedir (Final Synthesis Report, 2006).

Avrupa'da madde kullanım problemine yönelik politikaları daha ayrıntılı değerlendirebilmek amacıyla aşağıda, bazı üye ülkelerin ulusal sosyal politikalarına tek tek değinilmiştir.

3.1.1.1. Almanya

Önleme

Almanya'da madde kullanım problemini önlemeye yönelik girişimlerde en öncelikli ortam, okullardır. Ardından gençlik çalışmaları, aile ve toplum sağlığı çalışmaları gelmektedir. Bilindiği üzere, gençlerin sosyalleşmelerine ve hoşça vakit geçirmelerine olanak sağlayan spor kulüpleri, gençlik merkezleri gibi ortamlar; aynı zamanda, gençlerin bağımlılık yapıcı maddelerle tanışmalarına neden olabilecek yapıdadır. Bu nedenle, bu tür mekânlar önleme programlarında önceliklidir (EMCDDA Country Overview, 2008).

Bunlara ek olarak hassas gruplara yönelik seçici koruma programları uygulanmaktadır (Genç suçlular; davranış bozukluğu, hiperaktivite bozukluğu ve kişilik bozukluğu gibi ruh sağlığı ile ilgili problemi olan çocuklar ve gençler; göçmenler; alt kültür gruplarında yer alan çocuk ve gençler vb.).Yerel ve genel düzeyde yapılan tüm bu faaliyetler, yetkili kurumlarca takip edilmektedir (EMCDDA Ülke Raporları, 2008; Suçin, 2008).

Tedavi

1968 yılında, Almanya Yüksek Mahkemesi'nce, bağımlılık “bir hastalık” olarak kabul edilmiş ve tedavisinin “tıbbi bir görev” olduğu ve sigorta kapsamına alınması gerektiğine karar verilmiştir. 1978 yılında, sigorta kurumları kendi aralarında bir anlaşmaya varmışlardır. Buna göre; detoksifikasyon tedavisi sağlık sigortası tarafından karşılanacak, rehabilitasyon kliniklerinde yürütülen bağımlılık tedavisi ise; ta ki kişi yeniden çalışabilir duruma gelinceye kadar “Emeklilik Kurumu”na karşılanacaktır (Sieveking, 2006).

Günümüz Almanya'sında madde tedavisinden, federal eyaletler ve belediyeler sorumludur. Tedavinin finansmanını ise çeşitli kurum ve kuruluşlar üstlenmektedir: Sağlık sigortası kurumları, federal eyalet, belediyeler, yardım kuruluşları, sivil topluluklar, özel kuruluşlar ve şirketler. Aşağıdaki tabloda, Almanya'daki “madde tedavi ağı” görülmektedir.

Tablo 3. Almanya'daki “Madde Tedavi Ağı”

	Ayakta	Ayakta/ Sabit	Yataklı	Diğer
Bağlantı Kurma	Doktor, Danışmanlık Merkezleri, Toplum Sağlığı Merkezi	Gün Klinikleri		Çalışma Ortamı (İşyeri), Kendi Kendine Yardım Grupları
Detoksifikasyon Tedavisi	Doktorlar		Hastanelerin Psikiyatri Birimleri, Rehabilitasyon- Klinikleri	
Bağımlılık Tedavisi	Danışmanlık Merkezleri	Gün Klinikleri	Psikiyatrik Rehabilitasyon Klinikleri	
İyileşme Süreci	Danışmanlık Merkezleri, Toplum Sağlığı Merkezi, Doktor ve Terapistler	Gün Klinikleri Adaptasyon	Bakım Evleri	Çalışma Ortamı (İşyeri), Kendi Kendine Yardım Grupları

Kaynak: Bağımlılık Tedavisi: Alman Metodundan alınmıştır, Sieveking, 2006.

Bu tedavi ağının pek çok bölümünde yasal ve yasadışı maddelerin tedavisi ayrı ayrı birimlerde sunulmaktadır. 2006 yılına ait ulusal istatistik verilerine

göre, toplam 934 ayaktan tedavi merkezinde, bağlantı kurma, motivasyon ve ayaktan tedaviye ek olarak, yerine koyma (substitution) tedavisi alan kişiler için psikososyal tedavi hizmeti sunulmuştur. 2006 yılı itibariyle Almanya’da yerine koyma tedavisini yürüten lisanslı hekim sayısı 2.706’dır ve 2006 yılında, toplam 64.500 kişi bu tedaviden yararlanmış. Bunun yanında, 2006 yılında 160 uzmanlaşmış yataklı rehabilitasyon merkezinde, kişilerin “çalışma kapasitelerini” yeniden kazanmalarının önkoşulu olarak, uzun süre maddeden uzak durmalarını sağlayıcı hizmet sunulmuştur (EMCDDA Country Overview, 2008).

Görüldüğü gibi Almanya’da madde kullanıcı/bağımlılarına yönelik tedavi hizmetleri; kendine has yöntemleri, beceri ve kuralları olan, görev ve sorumlulukları belli, çeşitli uzman kuruluşlarca yürütülmektedir (EMCDDA Country Overviews, 2008; Sieveking, 2006).

Kurumların çeşitliliği ve fazlalığından kaynaklanan dezavantajları (kurumlar arası ayrılık, bürokratik engeller ve kurumlar arası işbirliğinin zayıflığı vb.) gidermek amacıyla pek çok proje ve çalışma yapılmıştır (Örneğin; Tedavi talebi olanların bir kurumdan diğerine-ödemelerde farklı kurumlar sorumlu olsa bile- kolayca geçebilmesini sağlamak amacıyla çeşitli çalışmalar yapılmıştır. Ayrıca, ayaktan ve yataklı tedavi kurumları arasında değişim olanağı getirilmesine yönelik çalışmalar da yapılmıştır. Bu çalışmalarda, tedaviyi talep edenlerin belli bir süre yataklı tedaviyi takiben ayaktan tedavisine devam edebilmesi amaçlanmış ve tedavi maliyetini de azalttığı için sigorta kurumlarınca desteklenmiştir) (Sieveking, 2006).

Zarar Azaltımı

Almanya’da zarar azaltıcı girişimlerde temel amaç, hastalık ve ölüm (morbidite ve mortalite) oranlarını azaltmaktır (EMCDDA Country Overviews, 2008).

Zarar azaltımını destekleyen uygulamalar:

- Tıbbi/sosyal yardım çalışmaları,
- Yardım merkezleri (Tıbbi ve Psikososyal yardım),
- İğne ve şırınga değişim noktaları,
- Uyuşturucu tüketim odaları (toplam 26 oda).

Almanya'da zarar azaltımına yönelik hizmet veren yaklaşık 400 kuruluş bulunmaktadır. Bu kuruluşların pek çoğu ayakta tedavi merkezleridir ve öncelikle yerel yönetimler tarafından finanse edilmektedirler (EMCDDA Country Overviews, 2008; Suçin, 2008).

3.1.1.2. Fransa

Önleme

Fransa'da madde kullanımını önleme girişimleri, merkezi düzeyde (Bakanlıklar Arası Madde ve Madde Bağımlılığı İle Mücadele Heyeti /Mission Interministérielle de Lutte contre les Drogues et la Toxicomanie: MILDT) ve ilgili bakanlıkların koordinasyonu ile gerçekleştirilmektedir (EMCDDA Country Overviews, 2008).

Bununla birlikte, yerel düzeyde (bölge, komün, şehir) önleme aktörleri, yapılacak girişimlerin organizasyonu ve yürütülmesi bakımından yüksek seviyede bağımsızlığa sahiptir. Fransa'da madde kullanımını önlemeye yönelik faaliyetler okullara yöneliktir. 2003-2008 "Madde Kullanımını Önleme ve Eğitim Planı"nın bir parçası olarak MILDT ve Eğitim Bakanlığı'nca, katılımcı pek çok kuruluşun da yardımıyla, okullara yönelik bir talimatname hazırlanmıştır. Bu talimatname, bugün Fransa'daki tüm ilk ve ortaöğretim okullarında uygulamaya konmuştur ve uygulanması kuvvetle desteklenmektedir ancak, zorunlu değildir.

1999-2002 Hükümet Planı ile, "ilaç karşıtı mücadele" yasal ve yasadışı tüm psikoaktif maddeleri içine alacak şekilde genişletilmiştir. 2004-2008 Planı da aynı yaklaşımı kabul etmiştir (EMCDDA Country Overviews, 2008; Suçin, 2008).

Tedavi

Fransa'da ilaç tedavisi ile ilgili 3 sistem bulunmaktadır:

- Mediko-sosyal kuruluşlarca işletilen uzmanlaşmış bağımlılık bakım sistemi,
- Hastaneler ve pratisyen hekimlerin kapsamına giren genel bakım sistemi ve risk azaltma sistemidir.

Madde kullanıcıları için gerekli tedavi olanaklarının sağlanması, bölgesel ve yerel otoritelerin sorumluluğundadır.2003 yılından beri, ilaç tedavisi Fransa Sosyal Güvenlik Sistemi'nce finanse edilmektedir.Hemen tüm 100 sub-rejyonel yönetim bölgesinde en az bir tane uzmanlaşmış tedavi merkezi vardır. Bu merkezlerde 3 tip hizmet sunulmaktadır:

- Ayakta Tedavi,
- Yataklı Tedavi,
- Mahkûmların Tedavisi.

2005 yılı itibariyle toplam 209 ayakta tedavi, 41 yataklı tedavi ve 16 tane hapisane tedavi merkezi bulunmaktadır. Bununla birlikte, hem ilaç destekli hem de ilaçsız tedaviler, aynı tedavi merkezi bünyesinde sunulmaktadır. Ayrıca toplam 142 tedavi merkezinden alınan verilere göre, 2006 yılında 37.494 kişi tedavi programına girmiştir (EMCDDA Country Overviews, 2008).

1995 yılından beri tedavinin ana formu “yerine koyma” tedavisidir. 2006 yılında yaklaşık 97.500 kişi yerine koyma tedavisi görmüştür

Zarar Azaltımı

Fransa’da da madde kullanım problemi ile mücadelenin basamaklarından biri olan “zarar azaltıcı girişimlerin amacı, enfeksiyon geçişini önlemek, psikososyal hasarı ve ölümleri azaltmaktır (EMCDDA Country Overviews, 2008).

Bu hizmetler, uzmanlaşmış madde tedavi merkezlerinin tamamlayıcısı niteliğindedir ve pek çok aktiviteyi içermektedir. Bunlar; şırıngaların eczanelerde açıktan satışı (1987’den beri), şırınga değişim programları (2001’de 118 program), madde kullanıcıları için uğrak merkezleri (drop-in) (2001 yılında 40 tane) ve yerine koyma tedavisine katılımı arttırmak amaçlı “metadon otobüsleri”dir (EMCDDA Country Overviews, 2008).

Anonim Tarama Merkezleri’nde (Centres de Dépistage Anonymes et Gratuits, CDAGs), ücretsiz olarak enfeksiyon hastalıkları taramaları yapılmaktadır. 2002 yılı itibariyle; bu merkezlerden 386 tanesi topluma yönelik, 109 tanesi ise mahkumlara yönelik olarak hizmet vermektedir.

3.1.1.3. Birleşik Krallık (UK)

Önleme

Birleşik Krallıkta, genç bireylerin ilaç kullanımını önlemek, madde stratejilerinin anahtar unsurudur. Yönetim bu amaçla, gençlerin ve ailelerinin daha iyi eğitilmeleri ve tüm toplumun-özellikle riskli grupların- uyuşturucu maddelerle ilgili daha iyi bilgilendirilmesine yönelik daha etkili girişimlerin yapılmasına odaklanmıştır. Örneğin; İngiltere'deki "FRANK" ve İskoçya'daki "Know The Score" isimli iletişim programları ile gençlere ve ailelere maddeyle ilgili bilgi ve tavsiyeler sunulmaktadır. İngiltere'nin hemen her yerinde, madde kullanımını önlemek, ulusal müfredatın bir parçasıdır ve çok sayıda okulun bir madde eğitim politikası ve madde ilintili olaylarla baş etmede yol haritaları vardır (EMCDDA Country Overviews, 2008).

Tedavi

Birleşik Krallık'ın pek çok bölgesinde -özellikle İngiltere'de- 4 kademeli bir tedavi sistemi bulunmaktadır ki; bu da tedavi sunumuna genel bir çerçeve kazandırmaktadır. Bu sisteme göre;

1. Kademe: Bilgilendirme, danışmanlık, tarama ve yönlendirme,
2. Kademe: Açık erişimli uygulamalar (uğrak yeri hizmeti gibi), bilgilendirme hizmetleri ve bazı zarar azaltıcı hizmetler (şırınga değişim programları gibi),
3. Kademe: Uzman topluluk girişimleri (yapılandırılmış gün programları, yapılandırılmış psikososyal girişimler, vb.),
4. Kademe: Yataklı hizmetler (detoksifikasyon ve rehabilitasyon hizmetleri).

Üçüncü kademe sunulan yapılandırılmış tedavi hizmetlerinin çoğu, ağırlıklı olarak "toplum temelli uzman madde tedavi Servisleri"nde sunulmaktadır. Birleşik Krallıkta temel tedavi şekli "yerine koyma" tedavisidir. 2005 yılı verilerine göre İskoçya'da 19.227 kişi; 2006 yılı verilerine göre Kuzey İrlanda'da 463, İngiltere'de 146.500 kişi yerine koyma tedavisi görmüştür. Birleşik Krallık'ın 2005-2006 yılı verilerine göre, ülkedeki toplam tedavi merkezi sayısı 1678'dir (1390 ayakta, 88 yataklı tedavi merkezi ve 200 genel tıbbi merkez). 2005-2006 yılında toplam 128.446 kişi tedaviye girmiştir (EMCDDA Country Overviews, 2008).

Zarar Azaltımı

Birleşik Krallıkta uygulanan zarar azaltıcı girişimler; madde kullanımıyla ilgili problemler, güvenli enjeksiyon ve güvenli cinsel ilişki konularında bilgilendirme kampanyaları, iğne değişim projeleri, enfeksiyon hastalıkları danışmanlığı, Hepatit B aşılması ve çeşitli tahlillerin ücretsiz yapılması gibi pek çok uygulamayı içermektedir. 2008 yılı başlarında Birleşik Krallıkta, 2008-2018 yıllarını kapsayan “Maddeler: Aileleri ve Toplulukları Koruma” başlıklı ilaç stratejisi kabul edilmiştir. Bu kapsamlı strateji; kanunlar, önleme, tedavi, sosyal re-entegrasyon ve iletişim gibi alanları kapsamaktadır. Birleşik Krallık stratejisinin özelliği, ulusal politika ve programlar ile bunların yerel düzeyde Birleşik Krallık’ın her yerine ulaştırılması arasında güçlü bir bağlantı olmasıdır (EMCDDA Country Overviews, 2008).

3.1.2. ABD’de Madde Kullanım Problemine Yönelik Sosyal Politikalar

Genç nüfusta daha yaygın olmak üzere toplumsal düzeyde ciddi boyutta “bağımlılık yapıcı madde kullanımı ve bağımlılık” problemi olan Amerika Birleşik Devletleri, bu durumla başa çıkabilmek için; hem devlet organizasyonu, hem de sivil toplum örgütleri düzeyinde çeşitli mücadele programlarını desteklemekte ve bu konudaki çalışmalar için önemli finansal destek sağlamaktadır (Suçin,2008; www.saglik.gov.tr).

Önleme

ABD’de, madde kullanımını önlemek amacıyla hazırlanmış; gençleri, aileleri ve eğitimcileri hedef alan çok çeşitli eğitim programları ve eğitici kaynak bulunmaktadır. “Madde Kötüye Kullanımına Direniş Programı” (Drug abuse Resistance Program:/D.A.R.E.) bu eğitim programlarına bir örnek olarak verilebilir. DARE, 1983 yılından bugüne faaliyet gösteren, ABD’deki tüm ilk ve ortaöğretim okullarının yaklaşık %75’inde ve 41 farklı ülkede yürürlükte olan, çocukların maddelerden uzak durmalarına yardımcı olacak beceriler kazanmalarını hedefleyen bir eğitim programıdır (Suçin, 2008; www.saglik.gov.tr; www.dare.com).

Bu program kapsamında çocuklara eğlenceli ve interaktif yöntemlerle maddeler hakkında bilgi verilmekte; ayrıca çeşitli sosyal aktiviteler

düzenlenmektedir (DARE Dans gibi). Madde kullanımını önleyici girişimlere ek olarak, ABD’de madde kullanmaya henüz başlamış bireylere yönelik erken müdahale girişimleri de bulunmaktadır. Federal Hükümet tarafından oluşturulan “Tarama, Kısmi Müdahale, Sevk ve Tedavi Programı” (Screening, Brief İntervention, Referral and Treatment /SBIRT) bugüne kadar 17 eyalette yürürlüğe konmuştur. Bu program kapsamında taranan hastalara duruma göre hemen müdahale edilmiş ya da bağımlılık tedavisine yönlendirilmiştir. Hastaların 6 aylık izlenmesi sonucunda “hemen müdahale” edilen hastaların madde kullanımında önemli derecede azalma kaydedildiği belirlenmiştir (Suçin, 2008; www.saglik.gov.tr)

Madde kullanımını ilk aşamada tespit ederek, probleme erkenden müdahale edebilmek amacıyla okullarda “Rastgele (Random) Öğrenci Uyuşturucu Testi” yapılmaktadır. Mahremiyete uygun olarak, habersiz-aniden yapılan bu testte amaç, madde kullanmaya başlamış öğrencilerin tespit edilerek danışmaya ya da gerekli görülmesi durumunda, tedaviye yönlendirilmeleridir (Suçin, 2008; www.saglik.gov.tr). 2008 yılında, Bu test programı için toplam 5,8 milyon dolar hibe edilmiştir (www.whitehousedrugpolicy.gov).

Tedavi ve Zarar Azaltımı

Madde kullanımını nedeniyle tedavi gereksinimi olan tüm vatandaşların tedavi hizmetlerine kolayca erişebilmeleri amacıyla Başkan Bush tarafından mevcut tedavi hizmetlerini arttıran ve bağımlılıktan kurtulmaya yardımcı olan, isteğe dayalı yeni bir program uygulamaya konulmuştur (Suçin, 2008; www.saglik.gov.tr).

2008 yılında başlatılan “Tedaviye Erişim Programı/Access to Recovery/ ATR” iyileşmeyi destekleme programları kadar, tamamlayıcı tedavi hizmetleri için hizmet alım kuponu da sağlamaktadır. ATR programları, kaliteli madde bağımlılık tedavi klinikleri ve iyileşme desteği sağlayıcıları arasında seçim yapma olanağı sağlamaktadır. Ayrıca madde bağımlılığı tedavi kapasitesini arttırmakta ve bu tedavi kurumlarına erişim imkânını genişletmektedir.

1997 yılında kongre tarafından fon sağlanan “Uyuşturucudan Arındırılmış Topluluklar/ Drug Free Communities(DFC) Programı” ABD’nin tamamına dağılmıştır. ABD hükümeti bu kapsamda temel olarak yerel

problemleri çözmeye odaklı 700'ün üzerinde uyuşturucudan arındırılmış topluluk koalisyonunu desteklemektedir. DFC, yerel düzeyde madde kullanım problemlerini tespit edebilmeleri ve çözüm üretebilmeleri için topluluklara gerekli fon desteğini sağlamaktadır. DFC koalisyonları, stratejik planlarının bir parçası olarak yerel düzeyde gençlerin madde kullanım bilgilerini toplamakta ve rapor etmektedirler. DFC programı, Başkan George W. Bush tarafında 2012 yılına kadar uzatılmıştır.

3.1.4. Türkiye'de Klinik Tedavi Merkezi Olarak AMATEM

Alkol-Madde Bağımlılığı Araştırma, Tedavi ve Eğitim Merkezleri (AMATEM) 1983 yılından itibaren alkol ve madde bağımlılarına yönelik tedavi hizmeti veren ve bu konuda araştırmalar yapan merkezlerdir. AMATEM, ilk olarak Bakırköy Ruh Sağlığı ve Sinir Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nin içinde ayrı binada bulunan bir servis olarak faaliyete geçmiştir. AMATEM'e sadece alkol veya madde kullanım sorunları olanlar kabul edilmektedir. Bakırköy Ruh ve Sinir Hastalıkları Hastanesi bünyesinde hizmet veren AMATEM alanındaki en büyük resmi kurumdur.

Tablo 4. TUBİM 2012 Raporu (AMATEM'ler ve Yatak Kapasiteleri)

No	Kurum Adı	Yatak Sayısı
1	Adana Dr. Ekrem Tok Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Hastanesi	80
2	Bakırköy Prof. Dr. Mazhar Osman Ruh Sağlığı ve Sinir Hast. Eğitim ve Araştırma Hastanesi (AMATEM)	84
3	Elazığ Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Hastanesi (AMATEM)	11
4	Manisa Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Hast.(AMATEM)	31
5	Samsun Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Hast. (AMATEM)	12
6	Ankara Numune Eğitim ve Araştırma Hast. (AMATEM)	31 (4-ÇEMATEM)
7	İzmir Atatürk Eğitim ve Araştırma Hast. (AMATEM)	28
8	Denizli Devlet Hastanesi (AMATEM)	16
9	İstanbul Üniversitesi İstanbul Tıp Fakültesi (AMATEM)	10
10	Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi (AMATEM)	18
11	Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi (AMATEM)	27
12	Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi (AMATEM)	13
13	Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi (AMATEM)	2
14	AKDENİZBAM (Akdeniz Üniversitesi Bağ. Araşt. Merkezi)	20
15	Özel Balıklı Rum Hastanesi (AMATEM)	24

16	Bakırköy Prof. Dr. Mazhar Osman Ruh Sağlığı ve Sinir Hast. Hast (ÇEMATEM)	21
17	EGEBAM (Ege Üniv. Çocuk ve Ergen Alkol, Madde Bağı. Araşt. ve Uygulama Merkezi)	12
18	Diyarbakır Devlet Hastanesi (ÇEMATEM)	10
19	Kayseri Eğitim ve Araştırma Hastanesi (AMATEM)	25
20	Gaziantep 25 Aralık Devlet Hastanesi	9
21	Bursa Devlet Hastanesi	48
22	Maltepe Üniversitesi (Vakıf)	12
	TOPLAM	544

Kaynak: Sağlık Bakanlığı (Sağlık Hiz. Gen. Müdürlüğü) 2012, www.tubim.gov.tr

2011 yılı itibariyle 22 adet tedavi merkezi vardır ve bu merkezlerden 4'ü çocuk hastalara hitap etmektedir (ÇEMATEM). Yapılan çalışmalar neticesinde tedavi merkezi sayısının 33'e çıkartılması planlanmaktadır.

Tablo 5. Yıllara Göre Tedavi Merkezlerinde Tedavi Olanlara Ait Veriler

Yıllar	Ayakta Tedavi	Yatarak Tedavi	Toplam
2007	38.569	2.492	41.061
2008	65.148	2.145	67.293
2009	106.093	2.594	108.687
2010	134.287	2.900	137.187
2011	155.099	2.117 (5.214)*	157.216
Toplam (son 5 yıl)	499.196	12.248	511.444

*2011 yılı için yatarak tedavi olan gerçek sayı 5.214 olup, 2.117 rakamı ve diğer yatarak tedavi olanların sayısı ise "haklarında form doldurulan hasta sayılarıdır" ve gerçek sayıyı tam olarak yansıtmamaktadır.

Kaynak: Sağlık Bakanlığı (Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü) 2012, www.tubim.gov.tr

Tablo-5'de görüleceği üzere yıllar içinde madde bağımlılığı riskinin ne kadar hızlı yayıldığı ve bu risk unsurları ile mücadelede yeni yöntemlere ihtiyaç hissedildiği ortadadır. Ayrıca yataklı tedavi kurumlarındaki kapasite meselesi ve tedavi sonrası sosyal rehabilitasyonun olmayışı ise ayrı bir sorundur.

2011 yılı içerisinde; mükerrer kayıtlar tespit edilememekle birlikte, 22 bağımlılık tedavi merkezinin 21'inden temin edilen verilere göre toplam 5.214 yatarak tedavi başvurusu gerçekleşmiştir. Bu dönemde ayakta tedavi başvuru

sayısı ise 155.099'dur. Bu sayıya skol tedavi verileri dahil değildir. Mükerrer müracaatlar ise tespit edilememiştir. Ayakta tedavi için başvuran 155.099 kişinin 83.611'i (%53,9) , yatarak tedavi olan 5.214 kişinin 327'si (%6,3) denetimli serbestlik kapsamındadır. Yatarak tedavi olmak için başvuran 5.214 kişiden hakkında bilgi edinilen 2.117 kişinin %46,62'si daha önceden de tedavi görmüştür. (TUBİM 2012 yılı raporu, www.tubim.gov.tr). Bu rakam tedavinin etkinliğini sorgulamak ve tedavi sonrası sosyal rehabilitasyonun gerekliliği açısından önemlidir.

İstanbul Bakırköy Ruh ve Sinir Hastalıkları Hastanesi bünyesindeki AMATEM' e bağlı olarak hizmet veren Uçucu Madde Tedavi Merkezi (UMATEM) en önemli özelliği uçucu madde kullanan 18 yaş altındaki bireylere hizmet vermesidir. Türkiye'de uyuşturucu bağımlılığının özellikle gençlerde olması merkezi daha da önemli kılmaktadır. UMATEM'in iki türlü misyonu vardır. Hem evde yaşayan ve uyuşturucu kullanan gençleri hem de sokakta yaşayan gençleri bağımlılıktan kurtarmayı hedeflemektedir.

UMATEM'de yılda 200'den fazla kişi tedavi edilmektedir. Burada gençlere sorumluluk verilmekte ve kurallara uyarak yaşamak öğretilmektedir. Ruhsal hastalıkları varsa bu konularda destek de verilmektedir. En çok ağırlık verilen konulardan biri ise aile terapisi. (www.saglik.gov.tr; www.radikal.com.tr)

Bağımlılığın bir hastalık olduğu yaklaşımından hareketle, madde bağımlılığına yönelik yapılan tetkik ve tedavi için yapılan harcamalar sosyal güvenlik kurumunca karşılanmakta, mahkeme kararı ile gelen ve sosyal güvencesi olmayanların tetkik ve tedavi giderleri ise Sağlık Bakanlığı'nca karşılanmaktadır (Türkiye Ulusal Raporu, 2007:45).

Sosyal güvenceye tabi olanlar veya mahkeme kararıyla AMATEM'e sevk edilenlerin tedavi gideri dışındaki yol parası, ihtiyaçları, ilaçların yüzdeleri ve gerekli olan diğer tüm masraflar ise kişinin kendisine yüklenmektedir. Bu durum ise çoğu zaman tedaviyi imkânsız kılmaktadır. İlk muayeneden sonra hastanın durumuna göre tedavi; ayaktan veya yatarak tedavi olarak planlanır. Acil yatış kararı verilen hastalar sıra beklemeksizin muayene sonrası hemen yatarak tedaviye alınırlar. Acil olmayan ancak tedavi için uygun görülen hastaların ayrıca yatışı için randevu verilmektedir.

3.1.4.1. Teşhis ve Tedavi Yöntemi

AMATEM’de hastalar öncelikle yoğun bakım ve arındırma ünitelerinde tedaviye alınmaktadır. Ardından tedaviye motive olan ve servis kurallarına uyum sağlayan hastalar psikoterapi servislerine alınır ve orada ruhsal tedavi programı uygulanır. Hastanede yatarak tedavisini tamamlayan hastalar, hastaneden çıktıktan sonra da bireysel ve grup tedavilerine devam etmektedir. AMATEM servisi içinde anne babalara yönelik alkol-uyuşturucu maddeler ile ilgili bilgilendirici çalışmalar da yapılmaktadır(Doç. Dr. Durak Çakmak “Uyuşturucu Maddeler ve Bağımlılık” kitapçığı, 2001).

Yatırılan hastalar öncelikle, arındırma (detoksifikasyon) aşamasından geçirilmektedir. 7-10 gün süren bu aşamada kişi maddenin etkisinden kurtulmaktadır. Bu dönem içinde gerçekten motive olan, servis kurallarına uyum sağlayan, ruhsal tedaviden yarar görecektir hastalar, Bağımlılık Tedavi Ünitesi’ne alınmaktadır. Bağımlılık Tedavi Ünitesi’nde 14-28 günlük sosyal ve ruhsal tedavi uygulanmaktadır. AMATEM de geçirilen toplam süre 25-40 gün aralığında dır. Tedavinin bu aşamalarını bitiren hastalar haftalık izleme tedavileri ile kontrol edilmektedir.

AMATEM de uygulanan tedavi yöntemi ve aşamaları;

- Detoksifikasyon (arındırma): Tedavinin ilk aşamasında alkol veya madde kullanımının kesilmesine bağlı olan yoksunluk bulguları tedavi edilmektedir (7-10 gün).
- İlaçlı Tedavi: Bu aşamada maddenin vücuttan arındırılmasından sonra ilaç tedavisi uygulanmaktadır.
- Psikososyal (ilaçsız) Tedavi: Bu aşamada ise alkol veya maddeye tekrar başlamamaya yönelik psikoterapi programı bulunmaktadır. Bu psikoterapi programı hastanede yatarak 14-28 gün sürmektedir. Ayrıca ayaktan da devam edilen psikoterapi programı bulunmaktadır.

SONUÇ

Türkiye’de 2011 yılı itibariyle toplam yataklı tedavi kurumu sayısı 22, yatak sayısı ise dönemde 544 ve bu kurumlarda 2009 yılı itibariyle görev yapan personel sayısı 425 kişidir. Tespit edilebilen bağımlı sayısı ise sadece

2011 yılında 160 bine yaklaşmış bulunmaktadır. Bu yatak ve merkez sayısı ile madde bağımlılarının tamamına hizmet sunulması mümkün değildir. Bu haliyle AMATEM ler dönemde ancak toplam bağımlı sayısının %0,3 hizmet sunabilmektedir. AB üyesi ülkelere göre Türkiye de madde bağımlısı sayısı az olmakla birlikte, tedavi merkezleri ve yatak kapasiteleri gelişmiş ülkelere göre oldukça yetersizdir.

Mevcut haliyle AMATEM'ler ihtiyaca cevap verebilecek kapasite ve yetişmiş personele sahip değildir. Bu kuruluşlarda sadece tıbbi ve psikososyal tedavi hizmeti verilmektedir. Ancak tedavi süresinin kısıtlılığı, yatak kapasitesinin düşük olması ve şube sayısının yetersizliği gibi nedenlerle tedavi gereksinimi olan tüm hastalara ulaşılamamaktadır.

Sosyal rehabilitasyon merkezlerinin bulunmaması, hastaların etkin bir şekilde takip edilememesi ve topluma yeniden kazandırılmalarına yönelik herhangi bir imkan bulunmaması nedeniyle, tedavide istenen başarı sağlanamamaktadır. Bunun sonucunda da pek çok birey, yeniden madde kullanımına yönelmekte ve tedavi bir kısır döngü halini almaktadır. Klinik tedavi sonrası kişiler aynı sosyal ortamda yaşamlarını devam ettirdikleri için hızlı bir şekilde eski alışkanlıklarına geri dönmektedirler. Yüz yüze yapılan görüşmelerden elde edilen sonuca göre; klinik tedavi sonrası kazanımlar 1 ay içinde kaybediliyor. Çünkü vücuttaki zehirin atılması madde bağımlılığının ortadan kalktığını göstermiyor. Çevre aynı, sorunlar aynı ve sosyal statü aynı olunca sorunlar çözülememektedir.

Bu çerçevede öneriler;

a) Türkiye'deki madde bağımlılığı profilini çıkarmak ve problemin boyutunu net bir şekilde ortaya koyabilmek için tüm ülke çapında istatistiksel analizlerin yapılması gerekmektedir. Bu çerçevede Türkiye nin "yoksulluk ve dezavantajlı gruplar haritası" çıkartılmalıdır.

b) Yasal mevzuatta yer alan, konu ile ilgili tüm cezalar caydırıcı hale getirilmelidir.

c) Uyuşturucuyla mücadelede insan kaynakları eksikliği acilen giderilmelidir. AMATEM lerde görev alacak personele diğer muadillerinden daha fazla mali imkân sunularak teşvik sağlanmalıdır.

d) Madde kullanım problemi olan bireyler suçlu gibi değil; tedavi gereksinimi olan birer hasta gibi görülmeli, tedavi, rehabilitasyon ve bu dönemdeki(ulaşım, giyim, şahsi masraflar ve ilaç masrafının katılım payları) maliyetlerinin tamamı devlet tarafından karşılanmalıdır. Tedavi olmak üzere başvuran veya sosyal rehabilitasyondan yararlanmak isteyen tüm bireylerin tüm masrafları sosyal güvence kapsamına alınmalıdır.

e) Tedavi ve sosyal rehabilitasyon konularında, gelişmiş batı toplumlarında olduğu gibi, yerel yönetimlere sorumluluk ve yetki verilmelidir. Mevcut tedavi merkezlerinin kapasitesinin, ulaşılabilirliğinin ve uzman kadro sayısının artırılması gerekmektedir. Bu kapsamda klinik tedavi alanında hizmet sunacak olan 7 bölge AMATEM’i kurulmalı daha sonrasında her il merkezinde devlet hastaneleri ve/veya üniversite hastaneleri bünyesinde veya bağımsız 81 adet madde bağımlılığı tedavi merkezi açılmalıdır.

f) Bireyi maddeden kalıcı olarak uzaklaştırmanın tek yolu, rehabilitasyonla bireyi yeniden topluma kazandırmak olduğu için, tedavi sadece tıbbi tedavi boyutuyla değil; tedavi sonrası rehabilitasyon (sosyal rehabilitasyon) boyutuyla da ele alınmalıdır. Bu kapsamda öncelikle “7 Adet Bölge Sosyal Rehabilitasyon Merkezi” açılmalıdır. Ardından sosyal rehabilitasyon merkezlerinin her il merkezinde yerel yönetimler tarafından açılarak, sorunun olduğu yerdeki yerel yönetim biriminin bu alanda hizmet sunması sağlanmalıdır.

g) Türkiye’de konuyla ilgili henüz kapsamlı bir rehabilitasyon merkezi bulunmadığı için, bu merkezlerin açılması ve işletilmesinin teşvik edilmesi gerekmektedir. Bu kapsamda yatırım yapmak isteyenlere vergisel ve sigorta primlerinde avantajlar sağlanmalıdır.

h) Özel sektör tarafından ve yerel yönetimler tarafından işletilen sosyal rehabilitasyon merkezlerinde eğitime ve rehabilitasyona tabi tutulan kişi adedince o kuruluşa genel bütçeden hizmetlerin yürütülmesi için kaynak aktarılmalıdır.

i) Yükseköğretim Kurumu Başkanlığı (YÖK) ve Üniversitelerle işbirliği yapılarak, madde bağımlılığının ve diğer dezavantajlı grupların sosyal rehabilitasyonunda mutlaka rehabilitasyon sürecine katılması gereken; Sosyal Pe-

dagog, İş- Uğraş Terapisti, Müzik Terapisti, Sanat Terapisti, Resim Terapisti ve Manevi Sosyal Hizmet Uzmanı alanlarında, Önlisans-Lisans düzeyinde eğitim verecek bölümlerin yüksek öğretime kazandırılması sağlanmalıdır.

j) Herşeyden önemlisi ise gençlerin ve çocukların madde kullanımı ve bağımlılığı gibi telafisi imkânsız ve çoğu zaman sonu ölüm ile sonuçlanan bir sürecin içine adım atmaması için; Ailelerin, eğitimcilerin, arkadaş çevresinin ve sosyal duyarlı tüm çevrelerin bu konuyu önemsemesi sağlanmalıdır. Madde bağımlılığının tedavi gerektiren bir hastalık olduğu ve bağımlılıktan kurtulma sürecinin mümkün ve yıllar alabileceği gerçeği ile bu konuda toplumsal bir sabır ve duyarlılık gösterilmesi gerekmektedir.

KAYNAKÇA

Altuntaş, Betül (2001). "Avrupa Birliği Belgelerinde Sosyal Politika", *Toplum ve Sosyal Hizmet*, Cilt 12, Sayı 3, s.1-12.

Carroll, Kathleen M. ve Lisa S. Onken (2005). "Behavioral Therapies for Drug Abuse", *Am.J. Psychiatry*, <http://ajp.psychiatryonline.org> ,13.09.2008.

Crosse, Caroline, B. Hocking (2004). "Social Rehabilitation: What Are The Issues?", www.dva.gov.au/rehabilitation/discussion_paper.doc, 24/10/2008.

Çakmak, Duran (2001). "Amatem: Bir Bağımlılık Tedavi Merkezi", *Bağımlılık Dergisi*, Cilt 2, Sayı 1 , <http://www.sabem.saglik.gov.tr/kaynaklar/2855.pdf> , 10/10/2008.

Çelik, Aziz (2006). *AB Sosyal Politikası Uyum Sürecinin Uyumsuz Alanı*, Kitap Yayınevi, İstanbul.

Dare (Drug Abuse Resistance Education), <http://www.dare.com> , 26/11/2008.

Doç. Dr. Durak Çakmak "Uyuşturucu Maddeler ve Bağımlılık" kitapçığı, 2001

Eker, Cevat (2007). "Ortaöğretim Öğrencilerinin Sigara, Alkol, Uyuşturucu ve Keyif Verici Maddeleri Kullanma Nedenleri", Editörler: YILDIRIM, N. ve K. Yıldırım, *Sosyal Hizmet Sempozyumu*, S.A.Ü. Yayınları, s. 73-83.

Ekşi, Aysel (1999). "Alkol, Uyuşturucu ve Uyarıcı Madde Kullanımı", Editör: EKŞİ, A., *Ben Hasta Değilim*, Nobel Yayınları, İstanbul, s.187-194.

EMCDDA (European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction) (2008), "Avrupa'daki Uyuşturucu Sorununun Durumu", www.emcdda.europa.eu/attachements.cfm/att_64227TR_EMCDDA ,

Erdoğan, Seyhan (2008). "Avrupa Birliği ve Sosyal Politika", *Mülkiye Dergisi*, sayı 245, <http://www.mulkiyederigi.org> , 05/11/2008. ERGUN, Turgay, <http://www.todaie.gov.tr/pdf/KAYA.PDF>, 12.12.2008

Ersöz, Halis Yunus (2007). “Yerel Yönetimlerin Sosyal Politika Alanındaki Rolü”, *Sosyal Politikalar Dergisi*, Sayı 02, Kış.

Evren, Cüneyt, K. Ögel, D. Tamar, D. Çakmak (2004). “Uçucu Madde Kullanıcılarının Özellikleri”, <http://www.sabem.saglik.gov.tr/kaynaklar/2993.pdf>, 13/09/2008

Garner, B.R., S.H. Godley ve R.R. Funk (2008). “Predictors of Early Therapeutic Alliance Among Adolescents in Substance Abuse Treatment”, Abstract, *J. Psychoactive Drugs*, Vol.40, No.1, s.55-65

Gruber V.A., K.L.Delucchi, A. Kielstein ve S.L. Batki (2008). Abstract, *Drug Alcohol Depend.*, Vol. 94, No. 1-3, s. 199-206.

HHS (U.S. Department of Health and Human Services), “Medicare Program General Information” <http://www.cms.hhs.gov/MedicareGenInfo/> , 28/11/2008.

http://www.cityoflondon.gov.uk/Corporation/LG_NL_Services/Health_and_social_car , 19/11/2008. National Strategy at a Local Level,

<http://www.tubim.gov.tr/test/istatistik/> , 15/10/2008. TUBİM (Türkiye Uyuşturucu Bağımlılığı İzleme Merkezi) (2008), “İstatistikler”,

<http://www.adszalkolikler.com/12basamak.html>, 18.10.2008.

<http://www2.rgu.ac.uk/publicpolicy/introduction/uk.htm> , 12/11/2008. The Robert Gordon University (2008), “Social Policy in The UK”,

<http://www2.rgu.ac.uk/publicpolicy/introduction/wstate.htm> , 12/11/2008. The Robert Gordon University (2008), “The Welfare State”,

Huber, Manfred, M. Maucher Ve B. Sak (2006). “ Study on Social and Health Services of General Interest in The European Union Final Synthesis Report” http://ec.europa.eu/employment_social/spsi/docs/social_protection/2008/study_social_health_services_en.pdf , 28/11/2008.

Kılıçarslan, Fatih (2007). “Madde Bağımlısı Ergenlerde Aile Terapileri ve Bir Olgu Sunumu”, *Bağımlılık Dergisi*, Cilt 8, Sayı 1, s. 42-45.

King, V.L. ve R.K. Brooner (2008). “Improving Treatment Engagementin Opioid-Dependent Outpatients with a Motivated Stepped- Care Adaptive Treatment Model”, Abstract, *Jt CommJ Qual Patient Saf.*, Vol. 34, No. 4, s. 209-213.

Koçak, Nadir (2008). “Madde Bağımlılığına Sosyal Yaklaşımlar”, <http://www.tubim.gov.tr/test/yayinlar/> , 14/10/2008.

Köknel, Özcan (1998). *Bağımlılık (Alkol ve Madde Bağımlılığı)*, Altın Kitaplar, İstanbul.

Köknel, Özcan (1999). “Çocukluk ve Gençlik Çağında Alkol ve Madde Bağımlılığı”, Editör: EKŞİ, A., Ben Hasta Değilim, Nobel Yayınları, İstanbul, s. 169-186.

Laffaye, C., J.D: McKellar, M.A. Ilgen ve R.H. Moos (2008). “Predictors of 4-year outcome of community residential treatment for patients with substance use disorders”, Abstract, *Addiction*, Vol. 103, No. 4, s. 671-680.

Leifer, Sarah Masseyaw (2003). Introduction To Maternity & Pediatric Nursing, 4th Edt., Saunders, Missouri.

Malhotra, Anil, D. Basu, N. Gupta (2005). “Psychosocial Treatment of Substance Use Disorders in

Adolescents”, Journal of Indian Association for Child and Adolescent Mental Health (JIACAM), Vol. 1, No. 1, s. 1-13.

ONDCP (Office On National Drug Control Policy), <http://www.whitehousedrugpolicy.gov/>, 25/11/2008.

Ögel, Kültegin (2002). *Türkiye’de Madde Bağımlılığı*, IQ Yayınları, İstanbul.

Ögel, Kültegin ve Alper Aksoy (2007). “Tutuklu ve Hükümlü Ergenlerde Madde Kullanımı”, *Bağımlılık Dergisi*, Cilt 8, Sayı 1, s. 11-17.

Ögel, Kültegin ve B. Erol (2005). *Çocuklarda Sigara, Alkol ve Madde Bağımlılığı*, Morpa Yayınları, İstanbul.

Özden, Salih Yaşar (1992). *Uyuşturucu Madde Bağımlılığı Teşhis, Tedavi, Tedbir*, Nobel Yayınları, İstanbul.

Polat, Oğuz (2004). “Çocukta Korkulu Rüya: Uyuşturucu”, *Çocuk Forumu*, Mayıs-Ağustos, s. 1-10.

Ray, Oakley ve C. Ksir (1996). “Drugs, Society and Human Behavior”, 7th Edt. , Mosby, Missouri.

Rubinstein, Mark L. (2008). “Who’s Smoking? Cotinine Versus Self-Report in Adolescent Populations”, *Journal of Adolescent Health*, [www.jahonline.org/article/S1054-139X\(08\)00288-7/fulltext](http://www.jahonline.org/article/S1054-139X(08)00288-7/fulltext), 19.09.2008

Sayal, Ahmet, A. Aydın, K. Demirkan Ve A. Işimer (2005). “Alkol Kullanımı ve Suç Oranı”, *Gülhane Tıp Dergisi*, Cilt 47, Sayı 1, s.14-17.

Seyyar Ali ve Oral Demir (2008). *Katılımcılık ve Kalkınma Ekseninde Yerel Sosyal Politikalar*, Kam Yayınları, İstanbul

Sievement, Caspar F. (2006). “Rehabilitation in The Paracelsus-Wiehengebirschclinic Bad Essen The German Way of Addiction Treatment”, www.paracelsus-kliniken.de/img/ejbfile/The%20Treatment%20of%20Dependancy.doc?id=1631

Suçin, Sevgi (2008). “Almanya, Hollanda, İtalya, Fransa ve İsveç’te Madde Kullanımı ve Mücadele Profili”, www.saglik.gov.tr/TR/dosyagoster.aspx , 12/11/2008.

Suçin, Sevgi (2008). “Amerika’da Madde Bağımlılığı İle Mücadele Yöntem ve Araçları”, www.saglik.gov.tr/TR/dosyagoster.aspx , 22/09/2008.

Topçuoğlu, Volkan ve Y. Bez (2005). “Madde Kullanımına Bağlı Enfeksiyonlar”, *Bağımlılık Dergisi*, Cilt 6, Sayı 2, s. 89-96.

Toumbourou, John W., T. Stockwell, C. Neighbors, J. Sturge, J. Rehm (2007). “Interventions to Reduce Harm associated With Adolescent Substance Use”, *The Lancet*, vol. 369, No. 4, 1391-1401.

Türk, Abdülkadir (1999). *Geliyorum Diyen Tehlike*, Bayrak Yayınları, İstanbul.

UNODC (United Nations Office on Drugs and Crime) (2003). “Drug Abuse Treatment Toolkit/ Drug Abuse Treatment and Rehabilitation”, http://www.unodc.org/pdf/report_2003-07-17_1.pdf, 20/11/2008.

Uzun, Özcan, “Madde Kullanımı İle İlişkili Bozukluklar”, www.gata.edu.tr/dahibilimler/ruhsagligi.

Welfare Information (2008). “US Welfare System”, <http://www.welfareinfo.org/> , 15/11/2008.

Westover, Arthur N., S. McBride ve R.W. Haley (2007). “Stroke in young Adults Who Abuse Amphetamines or Cocaine”, *Arch Gen Psychiatry*, Vol. 64, s. 495-502.

WHO (World Health Organisation) (2008). “Substance Abuse”, www.who.int/substance-22.09.2008



Yüncü, Zeki (2007). “Çocuklarımızı Bağımlılıktan Korumalıyız! Nasıl? Neden?”, 9. Ulusal Psikolojik Danışma ve Rehberlik Kongresi Kongre Özet Kitabı, s. 31-32.

Yüncü, Zeki, C. Aydın, H. Coşkunol,, E. Altıntoprak Ve A. T. Bayram (2006). “Çocuk ve Ergenlere Yönelik Bir Bağımlılık Merkezine İki yıl Süresince Başvuran Olguların Sosyodemografik Değerlendirilmesi”, *Bağımlılık Dergisi*, Cilt 7, Sayı 1, s.31-37.

Yüncü, Zeki, U. Yıldız, S. Kesebir, E. Altıntoprak Ve H. Coşkunol (2005). “Alkol Kullanım Bozukluğu Olan Olguların Sosyal Destek Sistemlerinin Değerlendirilmesi”, *Bağımlılık Dergisi*, Cilt 6, Sayı 3, s. 129-135.

Zastrow, Charles (1996). Social Problems Issues and Solutions, 4th Edt., Wadsworth Publishing Co., USA.

Zitelli, Basil J. Ve Holly W. Davis (2002). Atlas Of Pediatric Physical Diagnosis, 4th Edt., Mosby, USA.